Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 16 de Outubro de 1903
Para ser defendida
PELO ALUMNO

Raul Elysio Botêlho

Natural do Estado de Alagôas

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

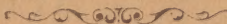
Doutor em Medicina

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

Da Symphisiotomia

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de Sciencias Medico-Cirurgicas

BAHIA
IMPRENSA ECONOMICA
16 — Rua Nova das Princezas — 16

1903

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR.— *Dr. Alfredo Britto*
VICE-DIRECTOR.— *Dr. Alexandre E. de Castro Cerqueira*

LENTES CATHEDRATICOS

1.ª SECÇÃO

Os Illms. Srs Drs.	*Materias que leccionam*
J. Carneiro de Campos..........	Anatomia descriptiva
Carlos Freitas.................	Anatomia medico-cirurgica
2.ª SECÇÃO	
Antonio Pacifico Pereira.........	Histologia theorica e pratica
Augusto C. Vianna.............	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello......	Anatomia e Phisiolog. pathologicas
3.ª SECÇÃO	
Manoel José de Araujo..........	Physiologia theorica e experimental
José E. Freire de Carvalho Filho.	Therapeutica
4.ª SECÇÃO	
Raymundo Nina Rodrigues.......	Medicina legal
....	Hygiene
5.ª SECÇÃO	
Braz Hermenegildo do Amaral....	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos
Antonio Pacheco Mendes.......	Clinica cirurgica 1ª cadeira
Ignacio M. de Almeida Gouveia.	» » 2ª »
6.ª SECÇÃO	
Aurelio R. Vianna.............	Pathologia medica
Alfredo Britto..................	Clinica propedeutica
Anisio Circundes de Carvalho.....	Clinica medica 1.ª cadeira
Francisco Braulio Pereira........	» » 2.ª »
7.ª SECÇÃO	
José Rodrigues da Costa Dorea...	Historia natural medica
A. Victorio de Araujo Falcão....	Materia medica Pharmacologia e Arte de formular
José Olympio de Azevedo........	Chimica medica
8.ª SECÇÃO	
Deocleciano Ramos.............	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira.....	Clinica obstetrica e gynecologica
9.ª SECÇÃO	
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
10.ª SECÇÃO	
Francisco dos Santos Pereira.	Clinica ophtalmologica
11.ª SECÇÃ	
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Cl. dermatologica e syphiligraphica
12.ª SECÇÃO	
João Tillemont Fontes..........	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas

João E. de Castro Cerqueira.....
Sebastião Cardoso...............
Luiz Anselmo da Fonseca.......
} em disponibilidade

LENTES SUBSTITUTOS. — *Os Illms. Sns. Drs.*

1.ª SECÇÃO......................	7.ª SECÇÃO Pedro da L. Carrascosa
2.ª » Gonçalo M. S. de Aragão	8.ª » José Adeodato de Souza
3.ª » Pedro Luiz Celestino	9.ª » Alfredo F. de Magalhães
4.ª » Josino Corrêia Cotias	10.ª » Clodoaldo de Andrade
5.ª »	11.ª » Carlos Ferreira Santos
6.ª » João A. Garcez Froes	12.ª » ....

SECRETARIO.-- *Dr. Menandro dos Reis Meirelles*
SUB-SECRETARIO.-- *Dr. Matheus Vaz de Oliveira*

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses que lhe são apresentadas

CAPITULO I

Definição e historico

A SYMPHYSIOTOMIA ou synchondrotomia é a operação que consiste na secção dos ligamentos e cartilagens interpubianas com o fim de produzir, pela disjuncção manual ou instrumental das articulações sacro-iliacas, um augmento momentaneo da bacia, capaz de permittir ou facilitar o parto nos casos de stenose pelviana. A idéa de cortar a symphyse pubiana data de época muito remota. Segundo Andrée Vesalio os Arabes separavam os pubis das creanças, com o fim de augmentar a bacia e facilitar os partos futuros.

Ambroise Paré diz tambem que os italianos usavam quebrar os ossos do pubis das donzellas que não tinham regular desenvolvimento organico da bacia com o mesmo fim.

Foi, porém, em 1655, que um medico francez, Lacourvée, praticou a divisão da symphyse pubiana

n'uma mulher que havia fallecido nos ultimos dias da prenhez conseguindo retirar o feto, que julgava ainda com vida, graças ao augmento do canal pelviano. Em 1776, isto é, cento e onze annos mais tarde, Plenck, vendo-se embaraçado para extrahir a creança, no cadaver de uma mulher e após ter praticado a cesariana, recorreu á symphysiotomia obtendo o mesmo resultado de Lacourvée. Estas experiencias, porem, jamais foram feitas na mulher viva. Em 1768 o joven francez Jean René Sigault, estudante da Escola de Cirurgia de Pariz, extremamente preoccupado com os desastrosos resultados da operação cesariana e desesperado por ver tantas creanças sacrificadas, procurou imaginar uma operação menos grave que aquella e que conciliasse os interesses até então oppostos da mãe e do filho.

« Inspirando-se nas noções do seu tempo a respeito das alterações produzidas pela gestação nas articulações da bacia, a saber: accrescimo da mobilidade dos ossos, e com especialidade dos pubis, mobilidade esta que, pensava-se, permittia durante o parto um ligeiro augmento do canal osseo, Sigault pensou que a secção da symphyse pubiana deveria produzir um afastamento mais consideravel capaz de tornar possivel e mesmo facil a sahida da creança no caso de bacia estreitada ». (*) « Tomai, dizia elle, um escalpello : cortai acima do

(*) A symphysiotomia, Varnier. traduz. e annotad. pelo Dr. Jayme Silvado.

pubis a pelle e a gordura; dividi os musculos de cima para baixo; descoberta a symphyse, passai o dedo por detraz do pubis atravez do tecido cellular; cortai ousadamente a cartilagem intermediaria; subitamente os pubis se afastam de mais de uma pollegada e o feto, impellido pelas forças naturaes e pelas que a arte pode fornecer, virá ao mundo são e salvo, graças á ampliação communicada a toda a bacia».

Sigault, desejando mais ser util á humanidade do que conquistar glorias para si, timidamente fez communicar sua descoberta á Academia de Cirurgia, em 1.º de Dezembro de 1768, por intermedio da voz abalisada de Louis, e pedia que se solicitasse do rei a permissão para experimental-a em uma criminosa. Não satisfeita em repellir grosseiramente a communicação e a proposta de Sigault, a Academia de Cirurgia considerou-o um louco. Ao passo que a Academia de cirurgia o tratava assim, elle recebia os applausos de Louis e do anatomista hollandez Camper, sendo que este, na bella e expressiva phrase de Varnier « chorou de alegria » ao receber a noticia da proposta de Sigault.

Immediatamente Camper a experimentou em animaes colhendo os mais bellos resultados.

Encorajado por Louis e Camper, Sigault mantém a sua proposta e a 22 de Março de 1773 sustentou, em Angers, sua thése inaugural intitulada — *An in partu contra naturam, sectio symphyseos ossium pubis sectione*

cæsarea promptior et tutior? — Desta vez elle descrevia o manual operatorio e fazia sobresahir as suas vantagens sobre a cesariana. « As mensurações cadavericas feitas por Alphonse Leroy em 1773; a demonstração feita por este mesmo Leroy em 1774 da facilidade da operação e da possibilidade de afastar os pubis até sete centimetros; as concludentes experiencias de Ripping, em cadellas recemparidas e confirmativas da de Camper, em 1776; os applausos da Faculdade de Medicina de Paris, mais atilada que a de Cirurgia, decidiram afinal Sigault, depois de dez annos de reflexão, a praticar a symphysiotomia na mulher viva » (*). Em 30 de Setembro de 1777 Sigault a executa pela primeira vez com a assistencia e sob o patronato de Alphonse Leroy. O successo foi completo; mãe e filho foram salvos, e o nome da mulher Souchot, a sublime operada de Sigault, passou a figurar nos fastos da obstetricia.

A mulher Souchot e seu filho foram apresentados pelo joven sabio á Faculdade de Medicina a 3 de Dezembro. A congregação resolveu mandar imprimir e distribuir em seu nome e á custa da Faculdade a memoria de Sigault e o relatorio da commissão encarregada de acompanhar toda a operação.

Resolveu mais mandar gravar uma medalha como testemunho do seu reconhecimento e de sua admiração para com o inventor de uma operação tão

---

(*) Artigo cit.

util á humanidade. A' mulher Souchot a Faculdade concedeu um premio de trezentos francos como recompensa ao seu altruismo. A commissão incumbida de acompanhar essa operação e da qual faziam parte Grandclas e Descemet, termina assim o seu relatorio: «Estamos autorisados a declarar que a mulher acha-se perfeitamente curada, que essa operação, nem dolorosa, nem difficil, é preferivel á cesariana em muitas circumstancias e sobretudo quando o feto pode sahir pelas vias naturaes.»

Acolhida dessa maneira pela Faculdade de Medicina, a nova operação tornou-se rapidamente conhecida do mundo inteiro.

Em Paris, ella foi praticada seis vezes nesse mesmo anno; um anno depois, em Arras, pelo professor Retz; por Dussanssoy, de Lião, em 1781; depois, em 1783, por Brollery, em Paimpol, e por Bonnard, de Hasdin, em Flandres.

Da França, não tardou muito que passasse á Hollanda, á Allemanha, a Inglaterra para attingir a Hespanha e a Italia. Ella foi praticada, em Paris, por Baudelocque, Antoine Dubois, Béclard e Giraud.

Na Allemanha a symphysiotomia foi praticada por Mursina, em 1814, por Danman em 1842, mas é repellida pela maioria dos parteiros á frente dos quaes é preciso citar Nœgele, Kilian, Scanzoni e os professores de Vienna, Prague, Berlim, Wurzbourg, etc.

Após os brilhantes resultados de Sigault e de

outros seus adeptos, os casos desastrosos e fataes se multiplicaram, o que deu logar a que uma forte reacção se produzisse contra a nova operação, e se travasse entre cesarianos e symphysiotomistas de todos os paizes, uma terrivel discussão, cujos traços se encontram nas memorias de Paris de 1781, 1786 e 1788.

Entre os adversarios encarniçados da symphysiotomia, em França, é preciso citar em primeiro plano Baudelocque, que desde 1776 se havia pronunciado contra a secção do pubis. Baudelocque sustentava que ella não tornava a bacia assáz espaçosa para a passagem do feto, quando a sua má conformação d'ella exigia *exclusivamente* a cesariana, e que as symphyses sacro-iliacas se dilaceravam após um afastamento dos pubis de menos de duas pollegadas, chegando mesmo a affirmar que os resultados obtidos estavam longe da verdade.

O anathema de Baudelocque, que em parte era verdadeiro, foi repetido por Me. Lachapelle.

De facto, Sigault e seus adeptos haviam confundido tudo, não só em theoria como na pratica, pois, oppunham indistinctamente a symphysiotomia á cesariana. Collocada a questão nesse pé, facil era de ver o triumpho de Baudelocque.

O resultado da lucta travada foi quasi que o abandono da nova operação em França, de modo que, em Paris, onde foram feitas seis operações em 1778 e duas em 1779, não se tratou mais della a

partir de 1785. Jazia assim no esquecimento, quando, em 1820, Cliet a pratica novamente e Faure Biguet a executa, em 1834, pelo methodo sub-cutaneo. Em 1844, Lacour refere-se a ella em uma these que publicou, e, em 1854, Aug. Petit recorre á symphysiotomia conseguindo salvar a mãe; a creança, que nasceu viva, falleceu momentos depois.

Na Allemanha, Siebold e Winckel a condemnam terminantemente. Na Inglaterra ella teve a mesma sorte. Corriam as cousas deste modo até 1834, diz Varnier, quando o parto prematuro artificial, que nasceu na Inglaterra em 1756, foi introduzido na França, por Stoltz, após ter penetrado na Allemanha graças a Deuman. Dessa época em diante até 1882, prosegue o emerito professor, por toda a parte a therapeutica das bacias viciadas consistia na pratica do parto prematuro artificial e da embryotomia. A operação cesariana passou a ser como outr'ora, o *ultimo recurso*, para os casos em que os dois processos não permittiam extrahir o feto, mesmo esmagado, pelas vias naturaes. Isso era razoavel, porque, como ainda diz Varnier, a cesariana matou, em Paris, desde 1787 até 1882, todas as mães que a soffreram. Actualmente não é licito pensar deste modo a respeito da cesariana, que, graças á antisepsia e aos progressos da cirurgia, é a legitima rival da symphysiotomia.

Na Italia, ao contrario do que se dava nas demais partes, a symphysiotomia, que tinha sido

acclamada, desde o começo, «*bemfazeja do céo*», jamais deixou de ser praticada.

Em 1781, Lavignino a pratica, em Napoles. O resultado foi, porem, desastroso, pois, mãe e filho falleceram, e o douto cirurgião vio-se obrigado a fugir para escapar de ser morto pela populaça exaltada. Em 1783, Giovanette de Orto a praticou n'uma mulher em que depois de quatro dias, o feto morto apresentava procidencia do braço, e conseguio salvar a mãe.

Domenico Ferrara, em 1787, obteve igual resultado, com a differença entretanto de não obter a consolidação completa da symphyse pubiana, em consequencia da mulher não ter supportado o apparelho contentivo. Entretanto, diz elle, vinte annos depois, ella ainda exercia a profissão de correio ambulante.

Assalini a praticou duas vezes, em 1811, obtendo excellentes resultados, tanto para as mães como para os fetos.

O professor Giovani a excecutou, em Milão, de 1815 a 1818, tres vezes, conseguindo salvar duas mães e um feto.

Nannoni, Malacarne e Flajani, a praticaram em 1829. Em 1834 Boloschi, consagrou um artigo apoiando-a; Carbonai a praticou em muitas mulheres, em 1842.

A symphysiotomia teve tambem inimigos encarniçados na Italia e entre estes salientavam-se Vallée

e Rossi. O primeiro dizia que ella em nada minorava a humanidade soffredora e que havia sido preconisada para satisfazer uma ambição pessoal. Na sua opinião se obtinha com a versão ou pela basiotripsia o mesmo resultado que com a operação de Sigault.

Rossi sustentava ser ella inutil, porque cedo ou tarde apresentava um perigo para a mãe e de ordinario para ambos.

Apezar disto, jamais deixou de ser praticada, maximé em Napoles.

D'entre os que, n'estes ultimos tempos, tem-n-a praticado, salientam-se os illustres representantes da escola napolitana: Galbiati, Novi, Jacoluci, Spinelli e mui especialmente Morisani, o seu mais ardente defensor. Desde 1865, em uma monographia sobre os estreitamentos da bacia, Morisani a estuda, procurando fazer distincção entre as bacias que d'ella tiravam proveito e as que nada lucravam em consequencia de extrema estreiteza. Em 1880 elle chama a attenção dos membros do Congresso internacional de Londres, e publica uma estatistica de 50 operações praticadas em Napoles, por elle, Novi, e Martini, no correr de 1868 até 1880, em bacias de 61 a 81 millimetros e com uma mortalidade materna de 20 %, quasi igual á da embryotomia n'essa mesma época na Italia. Emfim, em 1881 e 1886, Morisani reforma a estatistica integral de 1777 a 1886, e demonstra

pelo estudo critico de 148 casos, que, como a cesariana, sua rival, a symphysiotomia deve, graças á antisepsia, retomar o seu posto de honra entre as operações obstetricas. Apezar dos seus louvaveis esforços, Morisani nada consegue em proveito da rehabilitação da operação de Sigault, e se conquistava adeptos, estes eram falsos.

Assim é que Bouchacourt, de Lião, e Harris, da Philadelphia, sinão a rejeitavam nos seus escriptos, jamais a praticaram. Entretanto, Morisani, tempera de aço, não esmorece, apezar do quasi nenhum resultado obtido; e, como que prevendo a reunião do Congresso que havia de ter logar, em 1893, em Roma, manda a Paris, o seu antigo assistente, o Dr. Spinelli, afim de chamar a attenção dos parteiros francezes para que d'elles partisse a campanha em pról da rehabilitação da symphysiotomia.

De facto Spinelli, em fins de 1891 chega a Paris, chama attenção dos francezes, com especialidade de Pinard e Varnier, e apresenta uma estatistica, na qual demonstra que, em 24 operações praticadas em Napoles, 24 mães salvaram-se e 23 creanças nasceram vivas.

Varnier procura Farabeuf e pede-lhe de praticar a symphysiotomia sobre o cadaver e de fornecer-lhe esclarecimentos a respeito. Farabeuf promptamente accede ao pedido; procede a sabios e cuidadosos estudos anatomicos e conclúe dizendo

ser facil, inoffensiva, efficaz, quando não ultrapassar os limites normaes.

Pinard, abalado com os resultados do parto prematuro artificial, de quem actualmente é inimigo accerrimo; revoltado contra a pratica deshumana da basiotripsia, feita no creança viva; desanimado com as applicações do forceps no estreito superior, e mais que tudo, apoiado nos dados de Farabeuf e enthusiasmado com os resultados obtidos por Morisani, resolveu começar ousadamente a campanha em favor da operação de Sigault.

Elle fez conhecer esta sua decisão em uma licção realisada a 7 de Dezembro de 1891, na clinica de Baudelocque, e na qual termina dizendo: « graças á symphysiotomia a vida de muitas mulheres e de muitas creanças será salva e os parteiros não mais terão que impor o supplicio de esmagar creanças cheias de vida, a qual elles têm a missão e o dever de salvar. » Emfim a 4 de Fevereiro de 1892 elle a pratica novamente, em Paris, e pela primeira vez depois do abandono em que a mesma cahio, não só em França como nas demais partes do mundo. Em 25 do mesmo mez elle faz a segunda e a 23 de Março a terceira. Logo depois Varnier a executa pela quarta vez, e, eram ambos acompanhados por Deschamps, Tarnier, Porak, Ribemont, Lepage, Remi, Queirel, etc. A partir desse momento, a symphysiotomia, que, máo grado os esforços dos parteiros italianos, não se tinha vulgarisado nas demais partes, entra, graças á

sua rehabilitação em França, em nova phase de vida. Os successos obtidos por Pinard, Varnier e outros parteiros francezes confirmavam os resultados annunciados pelos italianos. Em 29 de Março o movimento chegava á Allemanha, a 4 de Agosto á Austria, a 5 de Setembro á Russia, a 30 do mesmo mez á America, a 22 de Novembro á Inglaterra, a 30 á Hollanda, a 12 de Agosto ao Brazil, a 6 de Dezembro ao Canadá, etc.

Em abril de 1893 o professor Varnier apresentava um quadro de 124 operações praticadas no mundo inteiro e fazia notar que a bella operação de Sigault graças a Morisani e Pinard, reconquistara em menos de um anno as glorias e terreno perdidos. No Rio de Janeiro a symphysiotomia foi praticada, pela primeira vez, pelo Dr. Rodrigues dos Santos, em Agosto de 1892, que a communicou á sociedade Obstetrica de Paris. O resultado foi brilhante e Pinard a relatou na sua *Clinique obstetricale.*

Posteriormente ainda foram feitas, por este mesmo operador, mais duas com excellentes resultados.

O Dr. Henrique Baptista, digno assistente de clinica obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tambem a praticou por duas vezes: a primeira em 1893 e a segunda em 1896. O resultado foi o seguinte: n'uma d'ellas o feto salvou-se; na outra o feto morreu ao nascer; as mães, ambas foram salvas.

O congresso que se reunio em Roma, em Março de 1894, e ao qual Pinard e Morisani apresentaram os mais conscienciosos e bem elaborados estudos sobre a symphysiotomia, concluio por consagrar a completa rehabilitação da bella operação de Sigault. Actualmente, graças á antisepsia e aos progressos da cirurgica, a symphysiotomia é praticada no mundo inteiro, embora encontre ainda a repulsa de muitos, maximé os parteiros allemães, que, adeptos exclusivistas da cesariana, não admittem-na. Em relação aos nossos parteiros basta que transcrevamos o que disse o Dr. Jayme Silvado: « E' interessante contrapor-se á consagração que a bella operação de Sigault teve nos congressos de Roma a condemnação pouco criteriosa que contra ella lavraram parteiros brazileiros no congresso realisado ultimamente no Rio de Janeiro. E' interessante observar-se como esses praticos collocaram mal a questão pretendendo oppor á operação de Sigault a operação cesariana como se ainda fossem contemporaneos de Baudelocque.

Felizmente a operação de Sigault, triumphante em outros paizes, tem e terá aqui seus defensores. »

CAPITULO II

Do gráo de afastamento dos pubis e do augmento dos diametros da bacia, consecutivos á secção da symphyse pubiana.

As modificações observadas para o lado das symphyses da bacia nas proximidades do termo da gestação, levaram, como dissemos, Sigault, á pratica da symphysiotomia. Experiencias foram feitas com o fim de dar esclarecimento á questão e de determinar-se o gráo maximo de afastamento a que podiam ser levados os pubis. Sigault considerava como sendo de dois centimetros o afastamento espontaneo dos pubis. Baudelocque diz ter conseguido um afastamento de seis a treze milimetros após a secção da symphyse pubiana, podendo o mesmo attingir de seis a onze centimetros se se levavam as coxas da mulher para fóra, de modo que descrevessem angulos rectos com o tronco. Elle considerava esta pratica prejudicial em vista da dilaceração e desordens outras observadas para o lado dos ligamentos sacro-iliacos, pelo que abandonou-a, considerando-a perigosa.

Caseaux diz ter obtido um afastamento espon-

taneo dos pubis, de um a dois e meio centimetros, considerando-o como sendo devido á retracção dos ligamentos posteriores.

Esse afastamento poderia ir além se, como Baudelocque, se levavam as coxas para fóra, mas é bom, diz elle, não exceder de cinco centimetros, porque os despedaçamentos dos ligamentos sacro-iliacos se podem dar.

O professor Bouchacourt, que fez minuciosas experiencias a respeito, se externa do seguinte modo: « Quando sobre o cadaver, a symphyse pubiana tem sido nitida e completamente dividida, eis o que se observa:

« A symphyse pubiana é afastada, e o afastamento que se opera varia segundo a idade, segundo se a pratica mais ou menos proximo da morte, e segundo ainda a época em que a mulher succumbiu, relativamente á gravidez, ao parto e ao puerperio. E' preciso levar tambem em linha de conta as disposições individuaes, physiologicas da mulher, e o gráo de stenose pelviana, sem fallar das alterações pathologicas, taes como a ankylose parcial ou total de uma das articulações sacro-iliacas, ou da symphyse pubiana, muito frequente nas velhas, e em certas formas de viciações pelvianas, taes como a bacia cyphotica, a obliqua ovalar, etc.

« Admittindo que se conta com os elementos os mais favoraveis, se após a secção, se conservam as coxas approximadas, e não se exerce sobre as

cristas iliacas o mais leve esforço de afastamento, a symphyse aberta dá logar a que os pubis se afastem de seis a oito millimetros, algumas vezes menos, outras mais.

« Se porém se afastam as coxas, após sua flexão sobre a bacia, de modo a leval-as para fora, se pode sem dilaceração das partes molles, nem diastases das symphyses sacro-iliacas, levar este afastamento a quatro ou cinco centimetros, até seis, e mesmo, segundo Giraud e Ansiaux, até oito, sobretudo se se opera immediatamente após a morte, sobre uma mulher enfraquecida ».

Alphonse Leroy obteve um afastamento de seis centimetros e diz ter em dois casos alcançado sete sem que observasse o menor signal de ruptura dos ligamentos sagrados.

Jacquemier diz ter obtido o mesmo resultado de Alphonse Leroy.

Resalta do que fica dito que as opiniões dos observadores antigos eram as mais controversas.

Presentemente a questão se acha resolvida, graças ás sabias e cuidadosas investigações dos professores Morisani, Pinard, Varnier e Farabeuf, nomeadamente d'este ultimo, que, podemos dizel-o, ainda uma vez revelou a sua abalisada competencia scientifica e o seu amor á verdade. O que parece demonstrado é que os resultados desastrosos, observados pelos antigos, para o lado das symphyses

sacro-iliacas, eram devidos exclusivamente á infecção septicemica muito commum n'esse tempo.

As observações clinicas, numerosas actualmente, demonstram que com a antisepsia observada durante a operação, estas articulações nada soffrem, uma vez que não se exceda dos limites estabelecidos. As experiencias feitas modernamente sobre cadaveres de mulheres paridas e as observções da clinica, têm bastado á fixação do gráo de afastamento dos pubis que se deve attingir na operação de Sigault.

Farabeuf diz que se pode obter um afastamento de seis até sete centimetros, sem que se observe nada de anormal nas symphyses sacro-iliacas.

O emerito professor Pinard, tendo produzido um afastamento de seis centimetros sobre a bacia de uma mulher morta de nephrite, nove dias após um parto a termo, declara « que era preciso olhar de perto para encontrar traços de descollamento das articulações sacro-iliacas » e conclúe que o afastamento mantido nos limites uteis, se faz sem outra alteração a não ser um pequeno descollamento dos ligamentos anteriores das symphyses sacro-iliacas.

Elle sustenta que será imprudente passar de sete centimetros.

Para o professor Morisani o afastamento pode facilmente attingir de seis a sete centimetros sem que sobrevenha nenhuma lesão para o lado das referidas symphyses. « Estas são um pouco afastadas, as laminas fibrosas um pouco distendidas,

porém os tecidos que constituem propriamente a articulação se conservam perfeitamente indemnes ».

Varnier, Bar, Zweifel e tantos outros parteiros modernos commungam das mesmas idéas de Morisani, Pinard e Farabeuf.

Como se vê, a unanimidade dos parteiros actuaes estabelece como limite maximo do grão de afastamento dos pubis — « seis a sete centimetros », — e é o que está sanccionado pelos congressos reunidos, em Roma, em 1894, e em Moscow, em 1897.

*
* *

Isto sendo admittido, vejamos qual é a influencia do afastamento dos pubis sobre os diametros da bacia.

Experiencias feitas por Baudelocque, Desgranges, Gamper, Ansiaux, Bouchacourt, Polosson e Leroy, demonstram que o diametro antero-posterior augmenta de dois millimetros para cada centimetro de afastamento pubiano, de sorte que, com um afastamento de seis a sete centimetros, elle augmentará de doze a quatorze millimetros.

Farabeuf, Varnier e Pinard, têm recentemente, após experiencias sobre cadaveres, chegado ao mesmo resultado d'aquelles observadores.

O professor Pinard diz ter conseguido, após um afastamento de seis centimetros, uma bacia de 10.c8 tornar-se de 12.c 4, isto é, em que o diametro antero-

posterior augmentou de quatorze millimetros, sem que observasse nada de anormal para o lado das symphyses sacro-ilicas, a não ser, coma já dissemos, um simples descollamento dos ligamentos anteriores.

O mais importante, sob o ponto de vista do augmento da bacia, é que da parte do feto a bossa parietal anterior, pela sua posição no estreito superior, insinúa-se entre os pubis afastados e dá logar a que o diametro antero-posterior augmente indirectamente de alguns millimetros. O professor Farabeuf, que tem constatado estes factos, faz notar que o augmento do diametro conjugado não é uniformemente proporcional ao afastamento dos pubis separados e sim accelerado, isto é, minimo para os primeiros centimetros de afastamento pubiano, elle cresce de mais a mais para cada novo centimetro que se venha ajuntar aos precedentes. « Assim, segundo este anatomista, se um afastamento pubiano de tres centimetros augmenta o diamentro antero-posterior de oito millimetros, tres centimetros de afastamento mais o augmentarão de 12 e não de oito somente ».—(Remy).

Diz elle ainda que o diametro conjugado será tanto mais augmentado quanto mais estreitada for a bacia. De modo que uma bacia cujo diametro-antero-posterior seja de seis centimetros terá este diametro augmentado de dez e doze centimetros se o afastamento dos pubis for levado a cinco e seis centime-

tros, ao passo que achar-se-há augmentado de oito a nove centimetros se tem elle nove.

Quanto á cabeça, diz elle, a espessura do segmento encravado entre os pubis é quasi nulla para os primeiros centimetros de afastamento interpubiano, mas augmentará de mais a mais á proporção que o afastamento cresce: assim, elle é de 1^{mm} 1/2 para 2^c de intervallo pubiano, de 5^{mm} para 4^c de 13^{mm} para 6^c e de mais de 20^{mm} para 7^c.

Farabeuf sustenta que o *beneficio total* é em maior parte devido a este encravamento, e aconselha levar o afastamento de 5 a 6 centimetros afim de obter-se uma notavel dilatação do canal pelviano. Damos em seguida o quadro de Ribemont, por onde se verifica o beneficio total obtido, segundo os calculos, traçados geometricos e experiencias de Farabeuf, para cada bacia de 5, 6, 7, 8, 9, 10 centimetros, e tendo soffrido um dos afastamentos praticaveis de 5, 6 ou 7 centimetros.

Eil-o:

Afastamento interpubiano de:	Augmento obtido para cada bacia de:					
	5 cent.	6 cent.	7 cent.	8 cent.	9 cent.	10 cent.
5 centimetros	23 mill.	21 mill.	19 mill.	17 mill.	16 mill.	14 mill.
6 centimetros	29 —	26 —	23 —	21 —	19 —	18 —
7 centimetros	34 —	31 —	28 —	25 —	23 —	21 —

Não é somente o diametro antero-posterior o unico augmentado pela symphysiotomia; todos os outros participam d'este augmento.

Os diametros obliquos augmentam um pouco mais que o antero-posterior; os transversos augmentam ainda mais, cerca da metade do espaço interpubiano e em toda a altura da bacia.

O augmento transversal da arcada pubiana é quasi igual a esse afastamento. Quanto á distancia bi-ischiatica no estreito inferior, seu augmento é quasi igual ao proprio espaço interpubiano.

Nas experiencias feitas por Aug. Polosson, 4 centimetros de afastamento deram 30 millimetros de augmento ao diametro bi-ischiatico; 8 centimetros lhe fizeram ganhar 62 millimetros, o què, como diz Bouchacourt, a quem devemos estes dados, é enorme.

O professor Fochier em virtude de ser o diametro transverso o mais augmentado, aconselha collocar a cabeça em posição transversal e em flexão moderada quer ella venha em primeiro ou em ultimo logar.

« Com o fim de fazer sobresahir e gravar na memoria o augmento que da symphysiotomia tiram os diametros da bacia, Farabeuf calculou e verificou quaes as relações de diametros e de volumes de duas espheras, em substituição a cabeças, fazendo-as passar mui justamente em uma mesma bacia estreitada, antes e depois da secção da symphyse pubiana.

Elle concluio que uma bacia cujo diametro antero-posterior media 8 centimetros, cortados e afas-

tados os pubis 6 centimetros, deixava passar uma esphera de um diametro de 98 millimetros, ao passo que intacta só admittia a passagem de uma de 80. Se levarmos em consideração o volume d'estas espheras, veremos que a primeira está para a segunda assim como 488 estão para 267, isto é, quasi o duplo. Em outros termos, um feto de 3 kilos é menor para a bacia cortada que um de 2 para a mesma bacia intacta. » (Ribemont).

Como os autores citados, Novi, Spinelli, Morisani e todos os parteiros italianos admittem o augmento de todos os diametros da bacia, tanto no estreito superior como na excavação e no estreito inferior. Entretanto o professor Morisani sustenta que o diametro antero-posterior não existe, porquanto, diz elle, a symphyse onde este diametro termina, desapparece após a sua secção. Este diametro ao seu ver, é substituido por duas linhas que do meio do promontorio vão ter aos pubis afastados.

Estas duas linhas obliquas substituindo a uma recta, são naturalmente mais longas que esta, e isso decorre de uma proposição geometrica.

Segundo Morisani, para cada centimetro de afastamento pubiano se obtem um augmento de quasi dois millimetros e meio, de sorte que, com 6 centimetros, « *as linhas sacro-iliacas,* » augmentam de 13 a 15 millimetros.

A bossa parietal anterior, diz elle, ainda insinuando-se entre os pubis dá logar a um augmento

indirecto d'estas *linhas*, por diminuição relativa da cabeça fetal. Este augmento é por elle avaliado em 6 ou 8 millimetros. Como se vê, a questão aventada por Morisani, que aliás é verdadeira, é muito trivial para alterar o que têm dito os autores citados.

CAPITULO III

Indicações e contra-indicações

Se lançarmos um olhar retrospectivo ao passado veremos que, entre as causas que mais concorreram para o insuccesso da symphysiotomia, salienta-se o exclusivismo dos seus partidarios applicando-a a todas as bacias, qualquer que fosse o seu gráo de estreitamento. Se juntarmos a esse exclusivismo a falta de antisepsia, aliás desconhecida n'essa época, veremos que outro não poderia ser o resultado, senão o despreso e morte consecutiva a que se vio condemnada.

Já la se foi o tempo, porém, em que a questão da indicação da symphysiotomia dava logar ás mais calorosas discussões. Hoje, graças á antisepsia, aos progressos da cirurgia, e ainda mais aos processos mensuradores, tanto dos diametros da bacia, como da cabeça fetal, quasi todos os parteiros a indicam, esforçando-se cada um por bem applical-a aos casos que se lhes apresentam, a par de rigorosa asepsia

que, podemos dizel-o, é o complemento que augura o mais bello resultado.

E' de justiça dizer que o proprio Sigault que a principio a praticava sem preoccupação de gráo de estreitamento, nos ultimos dias de sua campanha em favor d'ella, assignalava um estreitamento de 68^m. como limite minimo da secção do pubis, e em 1785, deixava de pratical-a em uma mulher cuja bacia media 67^m. e indicava a cesariana como o unico recurso.

Leroy indicava a symphysiotomia nas bacias cujo diametro antero-posterior, variasse entre 90^m. e 55^m. e sustentava que após a secção da symphyse se podia dar a passagem do feto atravez de toda a bacia. Jacquemier, dizia que ella tinha sua indicação nas bacias cujo diametro sacro pubiano minimo variava entre 67^m. e 88^m.

Dito como ficou no capitulo anterior que um afastamento dos pubis de sete centimetros, — limite maximo, — tráz um augmento de 14 a 15 millimetros ao diametro antero-posterior da bacia, e que a bossa parictal anterior do feto, insinuando-se entre os pubis afastados, faz o referido diametro ganhar mais seis ou oito millimetros, o que dá ao todo um augmento de 20 a 22 millimetros; e sabendo-se mais que o diametro biparietal de um feto de termo méde 95 millimetros e que com um pouco de reducção, devida ao cavalgamento dos ossos, transforma-se em 90; comprehende-se, como diz o professor Morisani,

que o parto seja possivel após a secção da symphyse pubiana, nas bacias cujo diametro antero-posterior medir 67 millimetros, mas com um pouco de difficuldade; e que será relativamente facil nas bacias de 70 millimetros. Estes são os limites minimos, acceitos por todos os parteiros; nestas bacias a operação é bemfazeja; nas abaixo destes limites, ella não tem mais razão de ser, aliás é nociva, e como tal cede o seu logar á cesariana. — Entretanto Novi e Jacolucci opinam pela symphysiotomia associada ao parto prematuro artificial nas bacias de 65 e 54 millimetros. A proposito reproduziremos o que a respeito diz o professor Morisani: «Ella foi proposta em um momento em que a operação cesariana dava ás mães uma mortalidade extremamente elevada. O parteiro que a praticaxa o fazia por ser imperiosamente obrigado.

Abrir o ventre e o utero de uma mulher equivalia a lhe passar o attestado de obito. As tentativas para evitar esta grave operação eram, pois, n'essa época perfeitamente justificaveis».

Actualmente todos os parteiros estão accordes na indicação da cesariana para as bacias de estreitamento abaixo de 67 millimetros, e com especialidade para as de 54^{m}.

Em casos excepcionaes Morisani e seus discipulos consentem pratical-a em bacias de 65 millimetros, mas esta cifra é para elles o limite minimo a que se pode chegar.

Pratical-a abaixo desta cifra, diz elle, é expor a

vida da mãe e do filho, o que não é licito, nem racional.

Tarnier diz ser ella indicada quando o augmento de 1.c e 1.c 1/2 é sufficiente para que a cabeça atravesse o estreito superior e que nos casos em que for necessario ir além é contraindicada. O limite superior da symphysiotomia é geralmente fixado em 85 millimetros; mas este limite é elastico.

Sim, dizemos elastico, porque ella pode ser indicada nos casos de estreitamento relativo, isto é, quando a bacia sendo normal, o feto apresentar volume excessivo, sem alterações pathologicas, e em que, como se vê, as difficuldades do parto dependem unicamente do volume do feto; e nos casos ainda de apresentação da fronte, da face, do tronco e igualmente nos de tumores das paredes pelvianas, fixos ou moveis, que obstruindo a excavação impeçam ou difficultem o parto.

Não se diga que com um diametro promonto-pubiano de 81 e mesmo de 85 millimetros, o parto se possa dar naturalmente ou por uma simples applicação de forceps. Nada mais natural que, em tratando-se de um feto de cabeça extremamente pequena ou muito reductivel, e sendo as forças naturaes sufficientes para vencerem o obstaculo, o parto se dê; porém, em condições normaes, jamais isso succcede. Ha muito quem applique o forceps nestes casos e consiga, após esforços violentos, a terminação do parto; mas raramente o feto nasce

vivo e quando consegue nascel-o, as lesões do craneo são taes que elle succumbe momentos depois. Os que assim procedem e se ufanam de ter poupado a parturiente á symphysiotomia, como se ainda estivessemos no tempo de Baudelocque, não commettem senão uma cephalotripsia mascarada, com a differença entretanto de que a cephalotripsia é menos grave e perigosa para os orgãos maternos. Taes são as indicações da symphysiotomia relativas ao gráo de estreitamento das bacias.

Mas, como observa Bouchacourt, não basta ter em mira o gráo de estreitamento quando se pretende pratical-a, é preciso tambem levar em linha de conta a forma e a natureza da conformação da bacia. Se a symphysiotomia convem ás bacias cujo estreitamento se refere ao diametro antero-posterior, ella tem sua indicação nas estreitadas no sentido transversal e nas em que o estreitamamtnto se dá, não só no estreito superior, como tambem na excavação e no estreito inferior—bacia em *entonnoir*, cyphotica, etc., com tanto que o afastamento dos pubis não exceda dos limites estabelecidos.

* * *

Geralmente a operação de Sigault se pratica no termo da gestação quando o trabalho do parto já tem começado e a dilatação avançado.

Na verdade, quando o parteiro se acha em pre-

sença de uma mulher em trabalho de parto e portadora de uma bacia estreitada que da symphysiotomia tira resultado, e o feto não apresenta signal de soffrimento, ella se impõe como sendo a mais racional das modernas operações obstetricas e esta é a pratica seguida por quasi todos os parteiros.

Entretanto, peza-nos dizel-o, se este é o caminho seguido pelos Pinard, Tarnier, Morisani, Varnier, Zweifel e tantos outros, ainda se encontra quem despresando os sabios conselhos destes mestres, prefira por em pratica a mais deshumana das operações obstetricas — a embryotomia.

No Brasil, podemos dizer, a embryotomia é a operação preferida, e a prova é que até hoje, apenas cinco symphysiotomias foram praticadas, no Rio de Janeiro. Os que assim procedem allegam mui ingenuamente que poupam a vida da mãe que, dizem elles, deve ser conservada com o sacrificio da do filho. Que assim se procedesse no tempo de Baudelocque é natural, mas que se o faça hoje, pensamos ser a desculpa banal. O emerito professor Pinard, o incançavel defensor das creanças, externa-se a respeito do seguinte modo: «O direito de vida e de morte sobre a creança não pertence a ninguem, nem ao pae, nem á mãe, nem ao medico.

O direito de vida da creança é um direito imprescindivel, é sagrado e ninguem lhe pode tirar. O direito de escolha da operação este sim, pertence ao medico. E o parteiro deve ser medico em todos

os seus actos, isto é, deve sempre evitar provocar molestias e enfermidades, e esforçar-se por conservar a vida áquelles que lhe confiam ou lhe são confiados.» Não posso, diz ainda este distincto professor, «admittir que se discuta a opportunidade de uma operação em se baseando sobre o valor moral ou social da vida da mãe ou do filho. Se entrarmos n'este caminho, é logico, termina-se fatalmente pela desapparição da especie».

Sirvam as palavras do abalisado professor, que fazemos nossas, de protesto á embryotomia praticada na creança viva e que, lendo-as os nossos parteiros, rehabilitem-se perante a sua propria consciencia e a sciencia moderna.

Tem-se procurado associar a symphysiotomia á embryotomia nos casos de feto morto e bacia viciada. Deve-se admittir esta combinação como aconselham Jacolucci e Queirel? Respondendo com Pinard, Morisani e Varnier, diremos, não. A technica da embryotomia é tão perfeita e os instrumentos tão delicados e inoffensivos para os orgãos maternos, que nos parece inutil tal associação. Demais um feto morto é um corpo estranho sem nenhum valor e como tal não justifica a symphysiotomia.

Quando, porém, a bacia for tão estreitada que não permitta a introducção da mão, nem a dos instrumentos, ou quando torne o seu emprego muito difficil e perigoso; e quando um exame minucioso demonstrar que com a symphysiotomia se obterá um

espaço assaz sufficiente para praticar a embryotomia, n'estes casos esta combinação deve ser acceita. E' preferivel pratical-a a abrir o ventre de uma mulher para lhe apresentar um cadaver, e demais, diz o professor Zweifel, quando o feto está morto a cesariana é precedida de um longo trabalho, de tentativas repetidas de extracção, manobras estas que aggravam consideravelmente o seu prognostico.

A clinica demonstra a possibilidade d'esta associação.

Novi, Morisani e Carbonelli já praticaram-n-a com excellentes resultados. Ella é indicada ainda nos casos de apresentação transversal de um feto morto.

O professor Morisani diz que toda a vez que para tornar a embryotomia benigna á mulher for preciso que a bacia ganhe alguns millimetros em capacidade não repugnará em recorrer á symphysiotomia. Toda vez, porem, que a bacia deixar passar os instrumentos embryotomicos a sua indicação é inutil e prejudicial.

Praticar a symphysiotomia n'estes casos é ultrapassar os limites de sua indicação, isto é, o fim a que a mesma se destina, —a salvação do filho poupando-se a vida da mãe.

Se porém o feto não está morto, mas a sua vida ameaçar perigo, qual deve ser a conducta do parteiro?

Deve se praticar a symphysiotomia ou a embryo-

tomia? A resposta é um pouco difficil. Pensando com Morisani, diremos que toda a vez que o parteiro reconhecer que as alterações dos batimentos cardiacos do feto são de tal sorte que fazem suppor a morte proxima do mesmo, é preferivel praticar a embryotomia, e a symphysiotomia não tem justificação. O professor Leopold diz que o parteiro deve comparar o feto moribundo a um feto morto e aconselha a embryotomia.

Em summa, quando o feto está morto, ou gravemente comprommettido na sua vitalidade, a operação de Sigault é uma pessima operação. Até aqui temos nos referido á mulher em trabalho do parto e no termo da gestação. Passemos agora a fallar da mulher antes do termo da gravidez e não em trabalho do parto. Aqui os parteiros se dividem em dois grupos.

Uns sustentam que se deve esperar o termo da prenhez e praticar a symphysiotomia; outros opinam pelo parto prematuro artificial. Assim Novi, adepto da symphysiotomia, aconselha que se deve attingir o setimo mez da gravidez e praticar o parto prematuro de preferencia á symphysiotomia nas bacias de 67 a 81 millimetros. Para evitar a cesariana elle associa o parto prematuro á symphysiotomia todas as vezes que for possivel nas bacias de 54 a 65 millimetros. O parto prematuro artificial, diz Tarnier, deve ser a operação de escolha nas bacias de mais de 80

millimetros, reservando-se a symphysiotomia ás que tenham menos de 80.

Em relação ao parto prematuro associado á symphysiotomia e aconselhado por Novi, já o dissemos, não tem actualmente razão de ser. Entretanto se o parteiro se achar em presença de uma mulher em trabalho de parto prematuro occasional e portadora de uma bacia de 54 a 65 millimetros, a sua conducta deve ser praticar a symphysiotomia.

O professor Leopold sustenta que o parto prematuro artificial dá mesmo para as creanças os mais bellos resultados, quando praticado no oitavo mez da gestação e em mulheres cujo diametro antero-posterior de sua bacia medir, no minimo, 7 centimetros.

Com Leopold pensam Fehling, Calderine, Ahlfeld, Dohrn, etc. «Na verdade, diz elle, estes resultados dependem de muitas circumstancias particulares: conhecimento exacto da época da gravidez, methodo de intervenção apropriado e efficaz, nascimento do feto em apresentação do vertice, aleitamento cuidadoso e o melhor possivel, isto é, aleitamento pela propria mãe, todas as vezes que for possivel. A via é laboriosa, mas é assaz proveitosa.»

Pinard, defensor imperterrito da operação de Sigault e protector das creanças, condemna terminantemente o parto prematuro artificial n'estes casos. Elle baseia sua condemnação no facto de que as creanças nascidas de termo têm todas as condi-

cções para bem se desenvolverem, ao passo que os prematurados correm o risco de morrerem em consequencia da fraqueza congenita, ou, quando tal não succeda, estão sujeitos a consequencias não menos graves, entre as quaes figuram, para Little e a maioria dos neuro-pathologistas modernos, as diplegias cerebraes. Se computarmos as estatisticas da clinica de Baudelocque, da qual é digno chefe o professor Pinard, verificaremos que de facto elle não provoca o parto prematuro n'estes casos.

O distincto professor Morisani, que em 1892 aconselhava provocar o parto prematuro no setimo ou oitavo mez da gestação, a ponto de classificar de má cirurgia esperar o termo da gravidez para praticar a symphysiotomia, pensa de modo diverso actualmente.

As estatisticas, diz elle, demonstram que os meios empregados para provocar o parto prematuro são sem perigo para as mães, e que as creanças nascem quasi todas vivas; mas, se se leva em linha de conta a conservação da creança, então os resultados são deploraveis.

E' preciso reflectir que a mortalidade das creanças nascidas prematuramente está em relação com a época da interrupção da gravidez.

A maior parte das creanças nascidas no fim do setimo mez ou no curso do oitavo morrem nos primeiros dias ou nas primeiras semanas após o nascimento. As que, ao contrario, nascem no fim do

oitavo ou começo do nono, têm grandes probabilidades de viver, *maximé* se são cercadas de cuidados assiduos e intelligentes. Resolvendo a questão, Morisani, menos intransigente que Pinard, sustenta que, para as mulheres nas quaes a bacia necessita o parto prematuro no fim do setimo ou começo do oitavo mez — medindo 70 a 81 millimetros o seu diametro antero-posterior — o melhor é deixar a gravidez chegar ao seu termo, e praticar a symphysiotomia. N'aquellas, porém, em que a bacia puder permittir a passagem de um feto não de termo na primeira ou segunda semana do nono mez, o parto prematuro provocado é util, e deve ser preferido á symphysiotomia.

Varnier, como Pinard, condemna terminantemente o parto prematuro artificial, e aconselha esperar o termo da gestação e praticar a symphysiotomia. O parto prematuro provocado, diz elle, é um methodo cego e empirico, que já fez sua época e que é preciso abandonar.

Concluindo o presente capitulo diremos com este sabio mestre: « Quando, por occasião do trabalho espontaneamente declarado em uma mulher de bacia viciada — de 70 millimetros e mais — o utero mostrar-se impotente para fazer passar o feto vivo, abramos essa bacia que prova ser muito apertada em relação á cabeça que pretende atravessal-a; façamol-a ganhar o que lhe falta. Levantado o ferrolho, abramos de par em par a porta ao feto ».

CAPITULO IV

Technica operatoria

RESOLVIDA a indicação da symphysiotomia o parteiro procede como para uma operação grave, isto é, dispõe o material e o meio de modo a obter rigorosa antisepsia.

E' prudente, sinão necessario, diz Pinard, antes de praticar a secção da symphyse pubiana, proceder sempre que se o pode, nas primiparas, a dilatação da bacia molle, vagina e vulva, á custa do ballão de Champetier de Ribes, e isso com o fim de evitar as rupturas destas partes no momento da extracção e de facilitar a passagem do feto.

Uma outra cousa que o parteiro deve attender antes de praticar a operação e que ó professor Bar aconselha, é proceder a dilatação forçada do collo, *maximé*, se ha ruptura prematura das membranas e o trabalho demorando-se, ameaçar a vida do feto.

Os processos operatorios imaginados para a execução dessa operação são os mais variados e numerosos. O methodo antigo ou de Sigault; o

methodo de Alphonse Leroy; o subcutaneo; a symphysiotomia ou pubiotomia subperiostica; a symphysiotomia preventiva de Ollier; taes foram os primitivos processos operatorios da symphysiotomia que, razoaveis na época em que nasceram, actualmente, apenas são citados em complemento á historia dessa operação e justa homenagem á memoria dos seus auctores.

Os mais antigos, como a incisão subcutanea e mucosa, consistiam em fazer penetrar, geralmente de baixo para cima, um bisturi recurvado que escorregava por detraz da face posterior da symphyse, seccionando pouco a pouco a cartilagem sem interessar a pelle. Essa pratica mirava exclusivamente poupar a ferida á acção do ar atmospherico, que nesse tempo era o terror da cirurgia.

Como se vê, esses processos tinham sua razão de ser nessa época, e os seus auctores, pondo-os em pratica, faziam empiricamente uma antisepsia relativa.

Mais modernos e aperfeiçoados são os processos dos professores Novi, Galbiatti e Morisani, os quaes consistem na incisão da pelle na região super-pubiana, resvalamento do dedo index atravéz desta abertura por detraz da symphyse, foucinha de Galbiatti conduzida até o bordo inferior da mesma que ella corta de baixo para cima e de dentro para fóra. O professor Pinard, modificando os diversos processos da escola italiana e baseado nos dados

anatomicos e experimentaes fornecidos por Farabeuf e Varnier, creou o seu manual operatorio que, salvo uma ou outra modificação, é empregado por quasi todos os parteiros modernos.

Passaremos a descrever em seguida o processo pelo qual se pratica geralmente a symphysiotomia.

Depois de raspados os pellos de todos os orgãos genitaes externos, e sobretudo do monte de Venus, o operador procede a uma lavagem com agua e sabão; em seguida pratica uma outra, que deve ser de uma solução de bichlorureto de mercurio a 2 ou 3 por mil; e em ultimo logar uma terceira com alcool ou ether, afim de dissolver a gordura que por ventura exista. A antisepsia da vagina, dos grandes labios e do clitoris deve ser rigorosamente feita com uma solução antiseptica qualquer, ou melhor, com a de sublimado a 1/3000.

Antes disso, porém, o parteiro deve fazer a lavagem do recto e o catheterismo da bexiga.

Este ultimo visa dois fins: 1.º evacuar a urina que na bexiga se contenha, e facilitar a descida da parte fetal que se apresenta; 2.º explorar a bexiga, porquanto é de necessidade saber se ella estando vasia excede a symphyse pubiana e se está ou não desviada para um dos lados ou se apresenta outra qualquer anormalidade.

Escusado é dizer que os instrumentos cirurgicos e obstetricos devem ser previamente esterilisados e collocados em solução antiseptica. Entre os instru-

mentos indispensaveis á pratica desta operação devemos citar os seguintes: sonda urethral metallica, 2 bisturis, — um abotoado, outro dé ponta, ambos de lamina curta, fina e resistente, — thesouras, 2 pinças de dissecção, afastadores, pinças hemostaticas, forceps, insuflador, agulhas para sutura e fios apropriados, etc. Entre os instrumentos accessorios e dispensaveis, mas, que em todo caso se deve ter á mão, convém citar: a serra de cadeia e seus pertences, um formão e um martello para os casos em que se apresentar a ankylose da symphyse pubiana, o divulsor de Farabeuf e o seu *mensurateur-levier-prehenseur*. Preenchidos todos os cuidados antisepticos, a parturiente é collocada na posição obstetrica, na borda do proprio leito ou, o que será melhor, na mesa operatoria, e convenientemente anesthesiada. Collocado entre as côxas da mulher, que se acham entreabertas em flexão sobre o tronco por dois ajudantes, o operador procura incisar, com o bisturi de ponta e convexo, na linha mediana da região pubiana, a pelle e o tecido cellular subcutaneo n'uma extensão de 5 a 6 centimetros, de modo que vá de 2 centimetros acima da borda superior da symphíse pubiana até ao vestibulo, terminando sobre o clitoris, ao lado ou de cada lado deste, de modo a descrêver um *ipsilon* invertido — λ; esta incisão não offerece o menor inconveniente, pelo contrario apresenta maior espaço á introducção do dedo explorador, tornando, como diz Ribemont, tudo facil, visivel e remediavel, ao

passo que uma pequena incisão é perigosa e incommoda. O professor Zweifel, ao em vez da incisão longitudinal, prefere a transversal que, pensando com Bar, consideramos inutil.

Feita a incisão, o operador com o auxilio de pinças, suspende os tecidos interpostos na inserção pubiana dos musculos rectos e faz a sua secção na parte superior da ferida, immediatamente acima da symphyse.

Praticando d'este modo um espaço, introduz-se o indicador esquerdo por traz da symphyse pubiana, e no espaço prevesical. Este dedo descollará mui cuidadosamente de cima para baixo a face anterior dos musculos rectos e a face antero superior da bexiga, de modo a desvendar quasi completamente a face posterior da symphyse; sentirá a saliencia que forma por traz a articulação; indicará o logar, a direcção d'esta; e protegerá as visceras retropubianas durante a sua secção. Estas manobras, no dizer do professor Bar, não offerecem a minima difficuldade; entretanto, ás vezes, a cabeça fetal se apoiando fortemente sobre o bordo superior da symphyse, impede a passagem do dedo. N'estes casos basta levantar a cabeça para que o dedo possa passar livremente. N'este momento se deve ter a precaução e o cuidado de introduzir na urethra e na bexiga, um catheter como guia, afim de proseguir convenientemente a

operação e manter o mais possivel estes orgãos na linha mediana e para baixo.

Pela incisão cutanea se produz uma pequena hemorrhagia de valor pouco importante, e que cede á compressão. — O dedo assim collocado e após haver descollado a porção inferior do ligamento da arcada do pubis, se introduz transversalmente o bisturi de Farabeuf, que nada mais é que um bisturi abotoado de lamina fina e resistente, — fazendo-o escorregar entre a face palmar do index e a posterior da symphyse.

Guiado pelo dedo que procura reconhecer a saliencia formada pela cartilagem na parte posterior da articulação, e encontrada esta, faz-se voltar o cortante contra ella de cima para baixo e de detraz para diante. Pouco a pouco se vae seccionando a cartilagem até sua completa separação, cujo signal é a separação dos pubis.

Pinard aconselha dirigir o cortante do bisturi de modo a ondular ligeiramente a linha da secção, e não segundo a recta, como se faz ordinariamente.

A' medida que a secção se opera de cima para baixo, o index esquerdo é levado até o bordo inferior da symphyse. E' este o momento mais delicado da operação pelo facto de approximar-se da visinhança da bexiga, aliás evidenciada pelo catheter, e o operador certo disso, evitará que o bisturi ultrapasse o ligamento sub-pubiano, porque poderá haver o perigo de offender os tecidos muito vascularisados

na visinhança do clitoris. Logo que seja incisado o ligamento, o que deve ser feito docemente e fibra por fibra, o afastamento é completo e percebe-se a crepitação que o denuncia.

Se por ventura algumas fibras não foram cortadas e o afastamento não se dá, a simples abducção das côxas, praticada pelos ajudantes, basta para fazer separal-as. Quando a symphyse se apresentar ankylosada, accidente rarissimo, o operador lançará mão da serra de cadeia ou do formão. Retirado o bisturi, não raro poderá sobrevir um certo derramamento sanguineo; n'estes casos introduzir-se-á na ferida um tampão esterilisado; recorrer-se-á a qualquer liquido hemostatico; ou, o que será melhor, á ligadura do vaso que sangra. A secção da symphyse é, como se vê, um dos tempos mais faceis e menos perigosos da operação. Após a secção das ultimas fibras do *arcuatum* os pubis se afastam bruscamente um do outro. Para que este afastamento seja sufficiente, basta na maioria dos casos que os ajudantes levem os membros inferiores em abducção, procurando afastal-os moderadamente; se isto, porém, não bastar, o operador empregará o divulsor de Farabeuf com o fim, não só de produzir o afastamento, como tambem de mantel-o no limite util. A ferida deve ser isolada, interna e externamente, por pensos asepticos que a ponham ao abrigo de accidentes de infecção.

Pelo augmento da bacia obtido, creou-se a con-

dicção necessaria á passagem do féto, cuja expulsão se confiará á natureza, se as contracções uterinas são sufficientemente energicas e efficazes e o estado da parturiente permittir; quando, porém, isto não se dá, a expulsão deve ser feita pela arte.

O melhor meio de obter-se a extracção do féto é, como de costume, a applicação do forceps, se o feto se achar em apresentação cephalica; a extracção podalica, se a apresentação for pelviana; versão seguida de extracção podalica, quando se tratar de uma apresentação da espadua. Pode-se substituir o forceps pelo *prehenseur-levier mensurateur* de Farabeuf, instrumento tão ligeiro e gracil que não pode ferir a creança; alem de conduzir a cabeça em contacto com a concavidade sacra, imitando dest'arte a natureza e, que tem a propriedade de medir o diametro bi-parietal. Como se vê, este instrumento é de grande utilidade aos que desejam praticar essa operação.

Qualquer que seja o meio de que se lance mão para extrahir o feto, convém prestar grande attenção para que não se dê uma excessiva distensão das partes molles anteriores, que, em consequencia do afastamento dos pubis, ficam sem protecção e por conseguinte de facil dilaceração.

Varnier manda approximar os pubis um do outro, de modo a fazer desapparecer o afastamento quando a cabeça tem atravessado a porção estreitada, isto é, a partir do momento em que tem ella descido na escavação. D'este modo se evitam as lesões dos

tecidos para diante. Extrahido o feto, os ajudantes completam incontinente e com toda força a justaposição dos ossos iliacos, o que se faz approximando as côxas uma da outra, até que os pubis fiquem, mais ou menos em contacto. O operador, por seu turno, approximará o mais possivel as extremidades dos pubis, e verificando a retracção uterina, deixará que a natureza realise o delivramento. Quando, porem, a natureza não pode realisal-o, ou o estado da parturiente não admitte demora, o parteiro procede ao delivramento por um dos methodos conhecidos.

Realisado o delivramento, elle faz o penso provisorio da ferida e procede á antisepsia dos orgãos genitaes externos fazendo uma injecção vaginal ou mesmo intra-uterina, se o feto perdeu muito meconio. Feito isto o operador procede a um minucioso exame da parte anterior da vagina, para verificar se houve ou não laceração; caso tenha se dado, é de necessidade reparar promptamente, com as convenientes suturas. Em seguida, e após ter o operador retirado o tampão hemostatico e haver passado com precaução uma esponja molhada em uma solução anti-septica, os ajudantes procedem á justaposição definitiva dos ossos iliacos, evitando que partes molles se interponham entre os pubis, servindo-se do index como guia para esta pesquiza na sua parte posterior; após esta justaposição procede-se á sutura da symphyse pubiana. Para pratical-a tomam-se duas agulhas fortes e curvas, munidas de fortes fios de sêda ou de

catgut e se as fazem penetrar nas falsas fibras que se acham na face anterior do pubis, introduzindo-as o mais possivel até o periosto, para ao depois fazel-as passar nos tecidos correspondentes do pubis do lado opposto. Para melhor garantir estes dois pontos, deve-se collocar um no terço superior e outro no terço inferior da secção pubiana.

Collocados os dois pontos, os ajudantes devem apertal-os afim de que a justaposição dos ossos iliacos se dê e os pubis se approximem o mais possivel; se a sutura é bem feita, pode se fazer a pressão lateral nos iliacos, sem que sobrevenha risco aos mesmos. Convem entretanto não abusar d'essa pratica, e conservar as côxas da mulher sempre mantidas em flexo abducção.

Verificado pela ultima vez, com o dedo, o estado das partes molles, termina-se por tres ou quatro pontos superficiaes, feitos com fio de sêda e collocados n'uma distancia de dois centimetros um do outro.

A sutura realisada, limpa-se a ferida com um tampão embebido em solução de sublimado, insufla-se um pouco de iodoformio em pó fino, e se a cobre de gaze iodoformada e algodão sublimado; isto feito, applica-se um outro *penso* sobre os orgãos genitaes externos, de maneira a não haver solidariedade com o primeiro, e afim de se proceder a sua mudança todas as vezes que o asseio exigir.

A parturiente deve após esse curativo guardar a

posição horisontal, com as coxas e pernas estendidas e mantidas o mais juntas possivel. O professor Zweifel, fervoroso adepto d'esta operação, aconselha ultimamente, praticar-se a drenagem pela vagina do espaço prevesical ou cavidade de Retzius. Diz elle que, ao contrario do que parece, os resultados são brilhantes, pois todas as operadas em que elle applicou este processo, realisaram sua cura sem pyrexia.

« Para fazer esta drenagem, Zweifel serve-se de um trocart, com o qual fura a parede anterior da vagina, em um ponto cuidadosamente escolhido para evitar a urethra e os vasos, de um dreno de *caoutchouc*, collocado e preso sobre um tubo de vidro, este com o fim de impedir o dreno compressivel de ser fechado, e achatado no ponto em que tem elle de atravessar a parede da vagina. A extremidade superior do dreno deve ir até o ligamento superior, e a inferior para diante da vulva onde se abre no algodão sublimado. Para segurança do dreno *in situ*, passa-se um fio de seda na extremidade superior de modo a vir se prender n'um rolinho de gaze iodoformado, collocado ao nivel da sutura cutanea. O dreno é gradualmente encurtado, até que se julgue poder supprimil-o. Ha casos, muito raros, em que é preciso modificar este processo: é quando teme se a preexistencia, no momento da operação, de phenomenos infectuosos, ou pelo menos putridos, etc., no canal genital — decomposição do liquido amniotico, por exemplo; — nestas condições, a drenagem deve

seguir outro caminho que não a vagina. N'estes casos elle manda dirigir a extremidade inferior do dreno atravéz um dos grandes labios. Eis, abreviadamente exposta a drenagem da cavidade de Retzius, feita pela vagina, aconselhada e felizmente applicada pelo professor Zweifel — (R. Labusquiere).

Relativamente a esta pratica a sua utilidade diremos que só o pratico pode ser juiz na materia; accrescentaremos, entretanto, que as observações clinicas ahi estão para attestar a inocuidade da symphisiotomia sem drenagem e esta tem sido a conducta de quasi todos que a tem praticado.

Convém dizer que o penso da ferida pubiana deve ser mantido á custa de uma faixa de flanella passada em torno da parede abdominal e presa adiante por alfinetes. O penso vulvar é por seu turno mantido por uma outra que se faz passar entre as coxas e presa á primeira de detraz para diante, de modo a constituir uma atadura em T.

Quanto ao apparelho para immobilisar definitivamente a bacia e a facilitar a consolidação da symphyse pubiana, pode ser applicado o cinto metallico de Collin, o de Herbert, ou, o que será melhor, se o improvisa com uma forte faixa de panno protegida por um coxim e que se prende adiante, onde será fixado com alfinetes de segurança.

« Este apparelho deve ser consolidado algumas horas depois do parto, com uma faixa das que usam

os gymnastas e que podem se apertar á vontade, por meio das fivelas que possuem ». (J. Brenha).

Feito isto a parturiente é conduzida para o leito, approximam-se o mais possivel as extremidades inferiores com uma faixa enrolada nos joelhos e outra acima das articulações tibio tarsianas, faixas estas que se retiram todas as vezes que se tenha de praticar o catheterismo da bexiga, o esvasiamento do recto ou de se fazer o curativo das partes, collocando-as novamente após estes cuidados. O operador deve dispor tudo de modo a evitar que a operada mova-se por si, quando tenha de satisfazer alguma necessidade, ou de soffrer novo curativo. O tratamento consecutivo, consiste, nos 3 primeiros dias, em fazer lavagens antisepticas da vulva, notadamente após cada micção; no 4º. retira-se o penso vaginal, substituindo-o por outro menos volumoso, depois da respectiva lavagem antiseptica do canal.

Alguns parteiros não consideram de absoluta necessidade, nos casos normaes, proceder-se a lavagem vaginal. O penso pubiano deve se conservar e deixar ficar até que as suturas sejam retiradas, o que se realisa no 8º. ou 9º. dia. A reunião da ferida dá-se geralmente por primeira intenção. Vinte e cinco dias de repouso no leito bastam para garantir á consolidação da symphise pubiana.

A mulher deve ser alimentada como de ordinario, e aleitar o filho o mais cedo possivel, se as suas condições o permittem.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

1.ª SECÇÃO

Anatomia descriptiva

I. O pancreas é uma glandula em cacho, situada transversalmente na cavidade abdominal, por traz do estomago, entre o baço e o duodeno.

II. Sua forma, comparada á de um martello, é caracteristica.

III. Seu comprimento é de 0,m15 a 0,m16 e seu peso de 70 grammas.

Anatomia medico-cirurgica

I. A vagina é um canal musculo membranoso, que se estende da vulva ao utero, no qual se insere.

II. Ella tem, na media 7 a 8 centimetros de comprimento.

III. A sua direcção é obliqua de diante para traz e de baixo para cima.

2.ª SECÇÃO

Histologia

I. A hematimetria consiste na contagem das hematias ou globulos vermelhos do sangue e dos leucocytos ou globulos brancos.

II. Ella é empregada como elemento de diagnostico nas molestias que se acompanham de certas alterações do sangue.

III. Os processos hematimetricos de Hayem e de Malassez dão os melhores resultados na pratica.

Bactereologia

I. O microbio do tetano foi descoberto por Nicolaïer em 1884 e cultivado por Kitarato em 1889.

II. Apresenta-se normalmente sob a forma de pequenos bastonetes terminados por um esporo refringente, que lhe dá o aspecto de alfinete.

III. Elle se colora facilmente pelas cores de anilina, e pelo methodo de Gram.

Anatomia e physiologia pathologicas

I. As lesões da elephantiasis dos Arabes attingindo os orgãos genitaes externos da mulher, occupam de preferencia os grandes labios.

II. Os pequenos labios e o clitoris podem ser invadidos isoladamente ou ao mesmo tempo.

III. A consistencia d'estas lesões é ora molle, ora dura e muitas vezes verrugosa e papillomatosa.

3.ª SECÇÃO

Physiologia

I. Os alimentos divididos pelos dentes e humedecidos pela saliva, passam da bocca para o pharynge,

d'este para o esophago e em seguida para o estomago.

II. E' á successão dos actos musculares que fazem transportar os alimentos da bocca para o estomago que se dá o nome de deglutição.

III. A deglutição se exerce sobre os solidos e sobre os liquidos.

Therapeutica

I. O acido picrico resulta da acção do acido azotico fumegante sobre o phenol ordinario.

II. Em solução concentrada, o acido picrico, é de grande efficacia, no tratamento das queimaduras.

III. Elle actua ao mesmo tempo como antiseptico, analgesico e keratoplastico.

4.ª SECÇÃO

Hygiene

I. Hospitaes são estabelecimentos destinados a receber doentes.

II. Todas as suas disposições devem concorrer para assegurar o tratamento destes individuos e obter a cura.

III. Destinguem-se muitas sortes de hospistaes, segundo o genero de molestias ás quaes são elles especialmente destinados.

Medicina legal e toxicologica

I. Identidade é a determinação da individualidade de uma pessoa.

II. As provas da individualidade de uma pessoa, se encontram fornecidas por signaes *physiologicos, pathologicos ou accidentaes.*

III. Nem sempre é facil ao medico perito o reconhecimento da identidade.

5.ª SECÇÃO

Pathologia externa

I. Chama-se ulcera a toda perda de substancia dos tegumentos, de superficie fungosa ou suppurante sem tendencia á cicatrisação.

II. Ulceração é o processo desorganisador que produz a ulcera.

III. As ulceras são mais frequentes nos homens que nas mulheres.

Operações e apparelhos

I. A symphysiomia aseptica é uma operação não perigosa.

II. Ella é seguida de uma restauração funccional perfeita, quando feita nos limites estabelecidos.

III. Ella pode, sem difficuldades e sem incon-

venientes, ser praticada mais de uma vez na mesma mulher.

Clinica cirurgica (1.ª cadeira)

I. Os abcessos da vulva são assaz communs e se apresentam ordinariamente nos grandes labios.

II. Seu ponto de partida é quasi sempre a glandula vulvo-vaginal.

III. Quando não resultam de uma infecção blenorrhagica são produzidos pela irritação consecutiva ao excesso da copula.

Clinica cirurgica (2.ª cadeira)

I. A vaginite é na mulher uma molestia analoga á blenorrhagia no homem.

II. Ella é aguda ou chronica, e a segunda forma succede ordinariamente á primeira.

III. O seu tratamento é quasi o mesmo que o da blenorrhagia no homem.

6.ª SECÇÃO

Pathologia medica

I. A hypoemia intertropical é conhecida tambem com as denominações de anemia dos oleiros, chlorose do Egypto, ankylostomiase etc.

II. Ella é devida á presença, no intestino, do *ankylostoma duodenale*.

III. O leite da gamelleira é um agente de grande importancia na cura d'esta molestia.

Clinica propedeutica

I. A auscultação é um bom methodo de exploração clinica e diagnostica.

II. Ella pode ser directa ou immediata e indirecta ou mediata.

III. A primeira se faz a ouvido desarmado; a segunda com o auxilio dos stethoscopios.

Clinica medica (1.ª cadeira)

I. A peste bubonica é uma molestia infecto-contagiosa.

II. O bacillo de Kitasato e Iersin é o agente productor d'esta entidade morbida.

III. Ella affecta diversas modalidades clinicas.

Clinica medica (2.ª cadeira)

I. O paludismo é uma molestia causada pelo hematozoario de Laveran.

II. O vehiculo transmissor da infecção palustre é o mosquito—*anopheles*.

III. Os saes de quinina constituem o seu tratamento especifico.

7ª. SECÇÃO

Chimica medica

I. O permanganato de potassio, cuja formula é Mn C^4 K, obtem-se tratando o manganato de potassio por um acido.

II. E' um oxydante energico da materia organica.

III. E' de effeito maravilhoso na cura do envenenamento ophidico.

Materia medica, pharmacologia e arte de formular

I. Chama-se *dose*, a quantidade de substancia medicamentosa que se administra a fim de produzir o effeito tharapeutico desejado.

II. A acção de um medicamento varia segundo a *dose* empregada.

III. Assim, o calomelanos que na dose de 10 centig. a 1 gr. actúa como purgativo, na de 1 a 5 centig. é empregado como antisiphylitico.

Historia Natural Medica

I. Ha segundo van Viegnhen, duas grandes ramificações no reino vegetal: plantas vasculares e plantas avasculares.

II. Entre as primeiras distinguem-se as que dão

flôres ou phaneiogamas e as que não as produzem ou cryptogamas vasculares.

III. Entre as ultimas contam-se as plantas ordinariamente providas de folhas ou muscinéas e as aphyllas ou thallophytas.

8ª. SECÇÃO

Obstetricia

I. Parto é a expulsão do feto viavel.

II. O parto pode ser prematuro, de termo ou retardado.

III. Elle é dito natural quando a propria natureza o realisa; artificial quando o parteiro intervem por uma operação qualquer.

Clinica obstetrica e gynecologica

I. Versão é a operação que consiste em fazer evoluir o feto na cavidade uterina, de modo a substituir uma apresentação por outra.

II. Esta operação pode ser praticada por tres processos.

III. Qualquer que seja o processo empregado, ella toma o nome da parte fetal que se apresenta no estreito superior.

9ª. SECÇÃO

Clinica pediatrica

I. A diarrhéa verde é uma molestia muito commum na infancia.

II. Ella é devido a um bacillo descoberto por Damaschio.

III. A pasteurisação do leite constitúe o seu tratamento prophylatico.

10.ª SECÇÃO

Clinica ophtalmologica

I. Dá-se o nome de irite á inflammação da iris.

II. A irite é, na maioria dos casos, determinada pela syphilis.

III. N'estes casos, ao tratamento local se deve associar o tratamento geral especifico.

11.ª SECÇÃO

Clinica dermatologica e syphiligraphica

I. A cachexia syphilitica sobrevem após accidentes graves e sobretudo prolongados da syphilis.

II. Clinicamente ella se revela por uma serie de perturbações geraes communs a todas as cachexias.

III. O seu tratamento deve attender mais aos reconstituente que aos especificos.

12.ª SECÇÃO

Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.

I. A hysteria é uma nevrose.

II. A herança representa o seu principal factor etiologico.

III. O hypnotismo é muito empregado na cura da hysteria.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 24 de Outubro de 1903.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.